

Formulaire de collecte de renseignements

Date : (JJ.MM.AAAA)

Nous recueillons ces renseignements afin de communiquer avec vous de manière respectueuse et de vous offrir les meilleurs soins possibles. La protection de vos renseignements personnels est assurée par notre code de déontologie professionnel, ainsi que les lois en vigueur en matière de protection de la vie privée.

Prénom légal* : _____ Nom légal* : _____

Prénom choisi : _____ Nom choisi : _____
(si différent) (si différent)

Date de naissance : (JJ.MM.AAAA) _____ Pronoms (p. ex., elle, il, iel) : _____

Langue : Anglais Français Autre : _____ Genre : _____
(p. ex., femme cisgenre, femme trans, homme cisgenre, homme trans, queer, agendre, non-binaire)

Numéro d'assurance maladie : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

* Tel qu'indiqué sur votre carte d'assurance maladie. Ces renseignements sont recueillis afin d'accéder à votre dossier de santé. Nous sommes conscients que le nom et le genre d'une personne peuvent différer de ce qui est indiqué sur sa pièce d'identité émise par le gouvernement.

Allergies : oui non	Précisez la réaction
Aux médicaments :	
Aux aliments :	
Autres :	
Intolérances : oui non	
Aux médicaments :	
Aux aliments :	
Autres :	

Poids :	kg	lb	
Taille :	m	pi	
Grossesse :	oui	non	planifiée
Date prévue d'accouchement : (JJ.MM.AAAA)			

Tabagisme :	oui	cigarette(s) par	jour	semaine	non	
Vapotage :	oui	cartouches de	mg par	jour	semaine	non
Cannabis :	oui	fois par	jour	semaine	non	
Alcool :	oui	consommation(s) normale(s) par	jour	semaine	non	

Médicaments provenant d'une autre pharmacie : oui non	
Veuillez joindre la liste de vos médicaments ou les coordonnées de la pharmacie :	
Raison de votre visite aujourd'hui : nouvelle(s) ordonnance(s) transfert d'ordonnance(s) consultation vaccination renouvellement mise à jour de mes renseignements	Précisez :